

Apelaciones: la elegibilidad y las decisiones de los planes del Mercado de Seguros Médicos

Hay dos tipos de apelaciones que puede solicitar una vez que haya presentado su solicitud y se haya inscrito en un plan a través de Mercado de seguros:

- Una vez que haya solicitado la cobertura del Mercado, recibirá un aviso de elegibilidad en el que le explican para qué beneficios califica. Si no está de acuerdo con la decisión, tal vez pueda apelarla.
- Decisiones del plan que ha escogido a través del Mercado. Por ejemplo, si su seguro le deniega un pago o termina su cobertura, tiene el derecho de apelar la decisión y que su caso sea analizado por otra entidad.

Consejo: Independientemente del tipo de apelación que solicite, guarde copias de toda la información que presente. Esto incluye los documentos impresos, las notas que haya tomado durante las conversaciones telefónicas y cualquier otro documento que le hayan enviado o que usted les haya enviado al Mercado o a la compañía de seguro.

La apelación de las decisiones sobre la elegibilidad

¿Cuáles son las decisiones del Mercado que puedo apelar?

- Si es elegible para comprar un seguro a través de Mercado
- Si se puede inscribir en un plan del Mercado fuera del periodo de inscripción abierta
- Si puede obtener precios más bajos por sus ingresos
- El monto de ahorros para los que es elegible
- Si es elegible para Medicaid o el Seguro Médico para los Niños (CHIP)
- Si tiene que pagar una multa por no tener un seguro médico (a esto se le conoce como exención del requisito de responsabilidad individual, si es que solicita la exención)

¿Cómo solicito una apelación al Mercado de seguros?

Hay cuatro (4) maneras de apelar.

1. Ingrese a "Mi Cuenta" en **CuidadoDeSalud.gov/marketplace/individual** (busque el ícono en el extremo superior derecho de la pantalla)
2. Llame al **1-800-318-2596**. (TTY: **1-855-889-4325**.)
3. Envíe el formulario de apelación por correo. Los formularios estarán disponibles a la brevedad.
4. Envíe una carta a:
Health Insurance Marketplace
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0061

Una vez que haya apelado, recibirá por correo:

- Una carta donde le avisan que han recibido su pedido de apelación.
- Si fuera necesario, una carta donde le piden más información o documentación.
- Nuestra respuesta, que se le enviará dentro de los 90 días de haber recibido su pedido de apelación.

También puede nombrar un representante legal para que le ayude. Su representante puede ser un familiar, amigo, abogado o cualquier otra persona que designe para que actúe en su nombre. Para designar un representante legal usted puede:

1. Llenar el formulario titulado “Nombramiento de un representante”. Para obtener el formulario, visite **CuidadoDeSalud.gov**.
2. A través de una carta que presente junto a su apelación. La misma debe incluir:
 - Su nombre, domicilio y número de teléfono
 - El número de su (expediente/archivo/caso)
 - La declaración en la que designa a su representante
 - El nombre, domicilio y número de teléfono del representante
 - El cargo profesional del representante o su relación con usted
 - Una declaración autorizando la divulgación de su información personal a su representante
 - Una declaración en la que explica porqué lo representan
 - La firma de su representante y la fecha cuando se firmó

Si desea información sobre cómo obtener ayuda con la apelación, consulte la sección titulada **“Obtenga ayuda con su apelación”** en la página 4.

Apelación de una decisión del plan

Si su seguro termina su cobertura o le deniega el pago de un reclamo, usted tiene el derecho de apelar la decisión y que la evalúe un tercero.

El seguro debe comunicarle la decisión por escrito y explicarle el motivo de la denegación dentro de un plazo de tiempo estipulado (que se basa en el tipo de reclamo que haya presentado). También deben avisarle cómo puede apelar la decisión.

Los pasos del proceso de apelación:

1. Después de que el seguro le haya denegado el pago de un reclamo o haya terminado su cobertura, usted puede comenzar el proceso de apelación. Las instrucciones específicas de su seguro aparecerán en la carta que le envían cuando denieguen el pago o terminen la cobertura.
2. **La apelación interna** es el primer paso, usted debe presentar la apelación en los 180 días (6 meses) siguientes al recibo de la carta donde le comunican la denegación. Para la apelación interna, usted debe:
 - Llenar todos los formularios requeridos por su seguro o escribirles indicando su nombre, número de reclamo y número de identificación de su seguro.
 - Presentar cualquier información extra que usted quiera que el seguro la tenga en cuenta, por ejemplo una carta de su médico.
3. Al final del proceso de apelación interno, su seguro le enviará una carta con la decisión que han tomado. Si todavía le siguen denegando el pago o cobertura, puede solicitar una apelación externa. En la carta de denegación deben explicarle cómo hacerlo.

La **revisión externa** es el último paso en el proceso de apelación.

- Generalmente, usted debe solicitar la revisión externa por escrito durante los 60 días siguientes al recibo de la carta con la decisión del plan. En esta carta le deben decir cuál es el plazo para solicitar la revisión.
- Usted puede designar un representante legal (como su médico u otro profesional de la salud) que conozca su afección médica, para que solicite una **revisión externa** en su nombre.
- La información contenida en la Explicación de Beneficios (EOB) o en la denegación final de la apelación interna, le proporcionará información sobre la organización que realizará la revisión externa.
- La organización encargada de la revisión externa le comunicará la decisión final. Esta organización, decidirá lo mismo que su seguro o decidirá a su favor. **Su seguro debe por ley, aceptar la decisión del revisor externo.** Las revisiones externas se deciden lo antes posible, a más tardar a los 60 días de haber recibido el pedido.

Las compañías de seguro de todos los estados deben participar en un proceso de revisión externo que cumpla con los estándares de protección al consumidor estipulados por la Ley de atención médica asequible (de bajo costo). Su estado podría tener un proceso de revisión que cumpla o exceda los estándares estipulados. Si fuera así, las compañías de su estado seguirán los procesos de revisión externa del estado. Si su estado no tiene un proceso de revisión externo que cumpla los estándares mínimos de protección al consumidor, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) federal, supervisará la revisión externa para las compañías de seguro de su estado.

Nota: Usted puede solicitar una apelación interna y una revisión externa al mismo tiempo, o solicitar una apelación acelerada, si el plazo de espera para la apelación normal puede

poner en peligro su vida o la capacidad para recuperar sus funciones al máximo. La decisión final será tomada tan pronto como lo requiera su condición médica.

Obtenga ayuda para apelar

Ya sea que esté apelando una decisión sobre elegibilidad o de cobertura o pago, no tiene que hacerlo solo. Hay muchos recursos disponibles para ayudarlo con su apelación.

- Puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado de seguros al **1-800-318-2596** (TTY: **1-855-889-4325**) las 24 horas del día los 7 días de la semana. O puede visitar **CuidadoDeSalud.gov** para más información.
- El Programa de Ayuda al Consumidor (CAP) de su estado o el Departamento de Seguro podría ayudarlo, así como otras organizaciones locales. Visite **AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov** para obtener ayuda en su zona.
- Usted tiene el derecho de obtener información sobre el Mercado de seguros y las apelaciones en el idioma que prefiera, sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al **1-800-318-2596**.
- También puede nombrar a un representante legal para que le ayude.
 - El representante legal puede ser un familiar, amigo, abogado o cualquier otra persona que actúe en su nombre. Esto puede hacerse de varias maneras dependiendo del tipo de apelación. Para obtener los formularios para nombrar un representante, visite **CuidadoDeSalud.gov**.

